

وضعیت انجام نظام وظیفه: انجام خدمت معافیت پزشکی معافیت غیر پزشکی سایر
 در صورت معافیت، علت آن را با ذکر ماده و بند مربوطه شرح دهید.

آیا رشته (های) ورزشی خاصی را انجام می‌دهید؟ خیر بلی تفریحی حرفه‌ای نام رشته(های) ورزشی:
 در حال حاضر پوشش بیمه عمر و بیمه حوادث دیگری دارید؟ بلی خیر (در صورت دارا بودن بیش از یک بیمه نامه سرمایه‌ها جمع گردد)
 در صورت مثبت بودن جدول ذیل را کامل نمایید:

نوع بیمه (عمر)	شماره بیمه نامه	سرمایه بیمه	نام شرکت	نوع بیمه (حوادث)	شماره بیمه نامه	سرمایه بیمه	نام شرکت

تا به حال پیشنهاد بیمه عمر به شرکت بیمه‌ای داده‌اید که مورد قبول واقع نشده باشد؟ بلی خیر در صورت مثبت بودن توضیح دهید:
در صورت ابتلا به هر یک از بیماریهای ذیل با قید علامت مشخص فرمائید:

بیماری		بلی	خیر	بیماری		بلی	خیر	بیماری		بلی	خیر
۱	قلب			۱۱	اعتیاد			۶	غدد درون ریز		
۲	فشار خون			۱۲	بیماری های استخوان			۷	سرطان		
۳	هر نوع تومور			۱۳	هر نوع بیماری خونی			۸	ایدز		
۴	مغز			۱۴	بیماری روحی و عصبی			۹	مرض قند		
۵	بیماری گوارشی، کبد و ...			۱۵	بیماری چشمی			۱۰	بیماری های گوش و حلق و بینی		

در صورت مثبت بودن پاسخ هر کدام از سئوالات فوق، نام و علت بیماری، زمان شروع آن، نوع، میزان و مدت زمان داروهای مصرفی، درمان های انجام شده و وضعیت فعلی بیمه شده و در صورت انجام عمل جراحی، زمان و علت مشخص و مدارک عمل جراحی (در صورت دارا بودن) ضمیمه گردد.

در صورتیکه به بیماریهای دیگری غیر از موارد ذکر شده مبتلا بوده و یا هستید توضیح دهید:

در صورت مثبت بودن پاسخ هر یک از موارد ذیل با قید علامت مشخص فرمائید:

- آیا سیگار/ سایر مواد دخانی مصرف مینمایید؟ میزان و مدت زمان مصرف:
- آیا باردار هستید؟ (مخصوص بانوان) (از صدور بیمه نامه برای بانوان باردار تا یکماه پس از زایمان معذوریم)
- چنانچه آزمایش خون انجام داده اید آیا در خون شما موارد غیرعادی دیده شده است؟ آیا بر اثر حادثه مصدوم شده اید؟ آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته اید؟
- آیا نقص عضو دارید؟ - در صورت مثبت بودن پاسخ هر یک از سئوالات فوق در این قسمت توضیح داده شود:

آیا در بین افراد خانواده شما (پدر، مادر، خواهر، برادر، همسر و فرزندان) کسی به سل، سرطان، بیماریهای قلبی، بیماریهای غدد داخلی، بیماریهای خونی، مرض قند، بیماری روحی و عصبی و صرع مبتلا بوده و یا می‌باشد؟ نام برده و توضیح دهید:

اینجانبان (بیمه‌گذار و بیمه‌شده) امضاء کنندگان این پیشنهاد اعلام می‌داریم که تمام جوابهایی که داده‌ایم کاملاً درست و عین واقع بوده و هیچ اطلاعی را که ممکن است موجب اشتباه بیمه پاسارگاد شود کتمان نکرده ایم و مطلعیم که هرگونه اظهار خلاف و خودداری از واقع‌گویی مجوز قانونی باطل شدن قرارداد بیمه عمر و از دست دادن مزایای این قرارداد خواهد شد. ضمناً شرکت بیمه پاسارگاد یا پزشکان معتمد آن شرکت اجازه دارند هرگونه اطلاعی را که راجع به وضع مزاجی و سلامت بیمه شده نیاز باشد، کسب نمایند و این اطلاعات فقط جهت پذیرفتن یا تغییر نرخ بیمه مورد استفاده قرار می‌گیرد و در اختیار هیچ کس و یا هیچ دستگاهی گذاشته نخواهد شد.
 تاریخ، نام و امضاء بیمه‌گذار: _____ تاریخ، نام و امضاء بیمه‌شده: _____ تاریخ، نام و امضاء نماینده/مدیر ارشد/مدیر فروش: _____ تاریخ، نام و امضاء نماینده فروشنده: _____

۷- اظهار نظر راجه کارشناس صدور بیمه نامه: _____
 صدور بیمه نامه نیاز به معاینات و آزمایشات پزشکی دارد؟ بلی خیر
 علت درخواست آزمایشات پزشکی: ۱- سرمایه بیمه نامه ۲- مسائل پزشکی ۳- سایر موارد: _____

۸- نظر به پزشک معتمد شرکت بیمه: _____
 ۱- ارائه پوشش بیمه‌ای بدون اضافه نرخ به لحاظ پزشکی بلامانع است.
 ۲- ارائه پوشش بیمه‌ای با اضافه نرخ بلامانع است.
 ۳- ارائه پوشش بیمه‌ای به لحاظ پزشکی به صلاح نمی‌باشد.
 در صورت انتخاب گزینه ۲ و یا ۳ دلیل اضافه نرخ یا رد پزشکی پیشنهاد بیان شود. تاریخ، نام و امضاء پزشک معتمد: _____

۹- نظر نهائی کارشناس صدور بیمه نامه: _____
 صدور بیمه نامه با توجه به مندرجات پیشنهاد و ضوابط بیمه نامه بلامانع است؟ بلی خیر نام و امضاء کارشناس صدور: _____ تاریخ: _____

۱۰- نظر مدیریت: _____

این پیشنهاد هیچ گونه تعهدی برای شرکت بیمه و بیمه‌گذار ایجاد نکرده و در صورت عدم انعقاد قرارداد هیچ نوع خسارتی قابل مطالبه نخواهد بود.

اعتبار بیمه عمر و تامین آتیه از پرداخت اولین قسط حق بیمه و با صدور بیمه نامه شروع می‌گردد.